

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE N°

43

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Novembre 1896, à 1 h.,

PAR

M. LEMONNIER

Né à Villedieu (Manche), le 7 février 1873

DES

KYSTES HYDATIQUES

DU

LIGAMENT LARGE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : M. PEYROT, professeur.

RICARD et BROCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANNÉE 1896 THÈSE N°

43

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Novembre 1896, à 1 h.,

PAR

M. LEMONNIER

Né à Villedieu (Manche), le 7 février 1873

DES
KYSTES HYDATIQUES
DU
LIGAMENT LARGE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : M. PEYROT, professeur.

RICARD et BROCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M.BROUARDEL
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		Mathias DUVAL
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
	}	SEE (G.)
		POTAIN.
Clinique médicale.....	}	JACCOUD.
		HAYEM.
Maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale.....		JOFFROY. }
Clinique des maladies cutanées et syphilit..		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux..		RAYMOND.
	}	TILLAUX.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires...		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....	}	TARNIER.
		PINARD.
	Professeur honoraire..	M. PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON AMI V. MAISONNEUVE ..

Témoignage de reconnaissance

A MON CHER PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARETTE

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine
de Caen

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PORAK

Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le Professeur Tillaux, pendant la suppléance de M. le docteur Walter, un beau cas de kyste hydatique du ligament large, nous avons songé à rechercher les observations analogues dans la littérature médicale et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons été frappé de voir combien l'étude des kystes hydatiques du petit bassin, en général, et de ceux du ligament large, en particulier, avait été négligée. C'est à peine si les auteurs les mentionnent dans la description des kystes parovariens.

Déjà, en 1893, Lavigne Sainte-Suzanne avait songé à réunir les observations de kystes hydatiques du petit bassin, chez l'homme et chez la femme; mais, dans cette étude trop vaste, il a dû forcément négliger l'histoire de chaque variété. Nous y voyons décrits un peu pêle-mêle les kystes de la prostate à côté des kystes de l'utérus et de ceux des os du bassin.

Dermigny, en 1894, avait étudié spécialement les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas, chez la

femme. A son exemple, nous bornerons notre étude aux kystes du ligament large.

Nous ferons, rapidement, l'historique de ces tumeurs ; nous résumerons l'état de la science sur leur pathogénie. La rareté de ces cas ne nous permettra pas d'établir une symptomatologie, aussi précise que nous le désirons ; cependant, nous nous efforcerons de rechercher et de mettre au grand jour certains signes qui, croyons-nous, pourraient permettre sinon de faire, du moins d'éclairer le diagnostic, toujours si difficile, de ces tumeurs.

Nous terminerons ce travail, forcément très restreint, par l'étude du traitement chirurgical de ces tumeurs.

Avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir bien doux à remplir : celui d'exprimer à nos maîtres notre reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné à Caen comme à Paris.

Nous adressons particulièrement nos remerciements à notre premier maître dans les hôpitaux, M. le docteur Barette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen.

Que M. le docteur Porak reçoive l'hommage de notre gratitude pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués pendant l'année que nous avons passée dans le service d'accouchements de la Charité.

Nous ne saurions trop remercier aussi notre ami, Victor Veau, interne de M. le professeur Tillaux, de

nous avoir communiqué l'observation qu'il vient de présenter à la Société anatomique et de nous avoir suggéré le sujet de notre thèse.

Que notre cher maître, M. le professeur Tillaux, dont la bienveillance et le savant enseignement ne nous ont jamais fait défaut pendant l'année que nous avons eu le plaisir de passer dans son service, veuille bien accepter l'assurance de notre entier dévouement. Nous le remercions tout particulièrement d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les kystes hydatiques du ligament large sont rares ; les traités classiques les mentionnent à peine dans la descriptions des kystes parovariens.

Dans nos recherches bibliographiques, nous avons cependant trouvé quelques travaux intéressants sur les kystes hydatiques du petit bassin, en général.

La première observation, croyons-nous, est celle de Basset, qui, en 1818, communiqua à la Société anatomique un cas dans lequel un des ovaires était transformé en un kyste hydatique de la grosseur d'une tête d'adulte.

Esquirol, l'année suivante, rapporte un cas analogue.

Le premier mémoire qui parut sur ce sujet est celui de Charcot (en 1852) ; il montra que les kystes hydatiques du petit bassin ne sont pas très rares, mais que d'une part leur diagnostic en étant fort difficile, et de l'autre leur développement très lent, un grand nombre ont pu passer inaperçus et d'autres n'ont été reconnus qu'à l'autopsie. D'après lui, ces kystes prennent le plus souvent naissance dans le tissu cellulaire

sous-péritonéal du petit bassin, et chez l'homme ils n'ont pas d'autre siège primitif. Ils peuvent être simples ou multiples, primitifs ou secondaires à d'autres kystes développés dans d'autres parties du corps et en particulier dans le foie.

Par leur volume ils déplacent l'utérus, compriment le rectum et la vessie et gênent l'excrétion de l'urine et des matières fécales; ils peuvent être aussi un obstacle à l'accouchement.

En 1860, Davaine dans le traité des Entozoaires étudia spécialement la question et en réunit 27 cas.

D'autres observations vinrent bientôt s'ajouter à celles de Davaine : observations dues à Ferrand, Pauls (1861), Dolbeau (1867), et Tillaux qui, en 1883, signala un cas de kyste de la prostate.

Tyson, en 1867, publia un cas de kyste hydatique qui s'est ouvert dans la vessie.

Les monographies les plus récentes et les plus complètes sont celles de Villard (de Guéret) Considérations sur les kystes hydatiques du petit bassin chez la femme (Annales de gynécologie, 1868), Porak (Gazette Hebdomadaire de Paris) qui, dans un remarquable travail, étudia les kystes hydatiques du petit bassin comme cause de dystocie. Celle de Freund (Das Bindegewebe im weiblichen Becken und seine pathologischen Veränderungen, mit besonderer Berücksichtigung der Parametritis Chronica atrophicans und der Echinococcus Krankheit Gynakologische klinik. Strasbourg, 85, p. 203).

M, le professeur Pinard fit, en 1888, un leçon clinique des plus complètes sur un cas de kyste hydatique du ligament large qui empêchait l'engagement du fœtus. Il retira par la ponction un litre et demi de pus.

La femme qui avait été infectée avant son entrée dans le service succomba le 4^e jour.

L'autopsie permit de reconnaître que ce kyste était contenu dans l'épaisseur du ligament large et que, de plus, l'abdomen était envahi par un groupe de 9 kystes qui semblaient naître de la face inférieure du foie.

Enfin les thèses de Lavigne Sainte-Suzanne (Étude sur les kystes hydatiques du petit bassin 1893) et de Dermigny (des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. Paris. 1894) sont l'exposé de l'état de la science sur ce sujet.

Toutefois les kystes hydatiques du ligament large en particulier n'ont pas été étudiés. Les cas publiés en sont très rares puisque les recherches bibliographiques les plus minutieuses ne nous ont permis d'en réunir que deux observations. Ce sont : celle de Schaltz (observation recueillie à la clinique de Rostock, 1876) et celle de Pinard (Annales de gynécologie, 1888).

A ces deux cas nous ajouterons celui que nous avons eu l'heureuse fortune d'observer dans le service de M. le professeur Tillaux.

CHAPITRE II.

Etiologie.

Fréquence. — Dermigny, dans sa thèse de Paris, 1894, donne comme fréquence relative des kystes hydatiques développés primitivement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin le tableau suivant (loc. cit. p. 22) :

Cul-de-sac de Douglas seul.....	12 fois.
Ligament large.....	7 —
Mesocolon iliaque et meso rectum.	3 —
Cul-de-sac de Douglas et l'un des ligaments larges.....	2 —
Région retro vésicale.....	1 —

Il semble donc qu'il y aurait 7 observations de kyste hydatique du ligament large, mais quand on lit ces observations on voit que cet auteur a réuni sous le nom de kystes du ligament large tous les kystes situés sur la paroi latérale de l'utérus.

Dans la première observation en effet, Esquirol (Journal de médecine de Sédillot, Paris, 1819) trouva deux gros kystes hydatiques du foie, et des hydatides dans l'ovaire gauche.

Dans la deuxième, Basset (Soc. anat., 1828)

trouva un ovaire transformé en un kyste hydatique de la grosseur d'une tête d'adulte.

Dans la troisième, Dubois et Boivin (Revue médicale, 1838), il s'agit d'une tumeur remontant jusqu'à la face inférieure du foie et soulevant les parois postérieures du vagin. Une incision fut faite à travers les parois vaginales, elle donna issue à 20 litres de matières analogues à de la bouillie.

La quatrième, Schatz (Obs. recueillie à la clinique gynécologique de Leipsig, 1875) ne nous donne pas plus de renseignements relativement au siège précis de la tumeur. On fit une ponction, puis une simple incision vaginale.

Dans la 5^e observation (Dumont. Bulletin, Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 25 avril 1882), de nombreux kystes englobaient l'utérus, les ligaments larges et la naissance du vagin, dans une masse informe où l'on ne distinguait ni les ovaires, ni les trompes.

Dans la sixième (Guinard. Soc. anatomique, 1881), le foie contenait 4 tumeurs dont l'une s'ouvrait dans l'intestin à 5 centimètres du point où l'iléon s'abouche dans le cœcum, Un autre kyste dans l'épiploon gastro-splénique, un dans le ligament large, trois autres dans le petit bassin.

En lisant ces observations on se demande pourquoi l'auteur les range dans les kystes hydatiques du ligament large. Que ces kystes se soient développés

dans la région latéro-utérine, nous l'admettons volontiers, mais qu'ils aient eu pour point de départ le ligament large, ce n'est pas une simple ponction, une incision du cul-de-sac postérieur ou latéral qui nous en donne une preuve suffisante.

Nous nous bornerons donc à reproduire la dernière observation, celle de Schatz. Elle nous semble seule digne d'être conservée, parce que seule elle se rapproche incontestablement de notre cas.

Il est bien probable cependant que nous en aurions trouvé beaucoup d'autres. Mais au lieu de pratiquer la laparotomie comme le fit M. Walther, dans l'observation que nous publions, le plus souvent on s'est contenté de pratiquer une incision vaginale.

Pathogénie. — De nombreuses théories ont été proposées autrefois pour expliquer l'origine des kystes hydatiques. Nous ne nous attarderons pas à les discuter, l'origine parasitaire de ces tumeurs étant un fait admis par tous.

Le premier, Nicolas Audry, en 1700, émit l'hypothèse que les vers que l'on trouvait chez l'homme se seraient développés à la suite de l'introduction, dans l'organisme, de certains œufs qui « rempliraient l'atmosphère ».

Linné prétendit aussi que les vers auraient été introduits sous une forme différentes, dans le corps de l'homme,

Nous savons aujourd'hui que les kystes hydatiques du ligament large, comme du reste tous ceux que l'on peut rencontrer dans le petit bassin, le foie, les poumons, le cerveau, les os, etc., ne sont autre chose que la larve du *tænia echinococcus* qui vit principalement chez le chien.

Ce *tænia* est un des plus petits cestodes ; il ne dépasse pas 5 à 6 millimètres de longueur et la grosseur d'une petite épingle. Il se développe dans l'intestin grêle du chien. Son œuf, de forme ovulaire mesure 27 μ . sur 30 ; il est limité par une coque assez mince. L'embryon hexacanthre se développe normalement dans le foie du mouton, mais il est fréquent de l'observer dans d'autres organes ainsi que chez d'autres animaux ; il donne naissance à un ver vésiculaire connu sous le nom d'échinocoque ou d'hydatide et que l'on rencontre chez l'homme avec une fréquence particulière (R. Blanchard).

Par quel mécanisme se fait cette transmission du chien à l'homme ? Elle peut se faire suivant deux modes : par la voie directe ou par la voie indirecte.

Les œufs du *tænia echinococcus* ne sont pas tous évacués avec les fèces du chien ; un certain nombre s'arrêtent dans les poils qui avoisinent l'anus ; ils peuvent y être bientôt cueillis par la langue et les poils de leur museau sur lesquels ils se fixent et enfin transportés à nouveau sur les mains ou le visage de l'homme qui les livre aux caresses de cet animal.

Cette transmission directe est cependant assez rare ; elle se fait bien plus souvent indirectement par les boissons et les aliments. Les œufs du *tænia echinococcus* jouissent en effet d'une résistance considérable aux agents extérieurs. Expulsés avec les déjections du chien, ils sont entraînés par les pluies sur les légumes, la salade, les herbes, les fruits qui poussent au ras du sol ; ils peuvent également infecter des sources et des puits. De là leur passage presque inévitable dans le tube digestif de l'homme, si les eaux n'ont pas été filtrées et si les légumes n'ont pas été soumis à la cuisson.

L'œuf est donc introduit dans l'estomac de l'homme. Sous l'influence des sucs digestifs, sa coque est dissoute et l'embryon hexacanthé est mis en liberté. Dès lors il peut aller se développer dans le ligament large ou dans un organe quelconque.

Mais par quelle voie se fait cette migration ? Quel trajet suit cet embryon pour parvenir dans le ligament large ?

Ici nous sommes réduits à des hypothèses. L'embryon peut suivre deux voies : la voie rectale et la voie vasculaire.

Pour Freünd il en peut même suivre une troisième que nous ne pouvons passer sous silence puisque cet auteur fournit deux cas à l'appui de sa théorie ; nous voulons parler de la voie vaginale.

Freünd rappelle que certaines femmes dressent
Lemonnier

des chiens à des usages « spéciaux » et qu'il n'est pas impossible que la langue de ces animaux ne dépose directement les œufs du *tænia echinococcus* sur la vulve et le clitoris. De là ils peuvent être emportés par le courant lymphatique vers les ganglions inguinaux et hypogastriques ; ou bien ils remontent dans le vagin, le perforent et se trouvent en liberté dans le petit bassin.

Mais comme le fait remarquer M. Dermigny, est-il prouvé que le mucus vaginal jouisse des mêmes propriétés que les sucs digestifs, pour qu'il puisse comme ceux-ci dissoudre la coque de l'œuf, mettre en liberté l'embryon hexacanthé qui grâce à ses crochets perforerait les tuniques du vagin ? L'étude expérimentale n'en a pas été faite.

2° *Voie rectale.* — L'embryon arrivé dans le rectum avec les matières stercorales se fixerait à la paroi rectale à l'aide de ses crochets, puis grâce aux mouvements rapides dont ceux-ci sont animés, il perforerait les tuniques du rectum et se trouverait en liberté dans le cul de sac de Douglas, d'où il gagnerait facilement le ligament large

3° *Voie vasculaire.* — Enfin il reste une dernière voie, la voie vasculaire. L'embryon en liberté dans l'intestin traverse la paroi de cet organe et tombe dans le système lymphatique qui le conduit dans le canal thoracique ; de là il arrive dans le cœur droit qui le lance dans le poumon ; il traverse le filtre pul-

monaire et revient au cœur gauche d'où il est lancé dans les organes les plus éloignés. D'autrefois au lieu de prendre la voie lymphatique, il pénètre dans le système porte traverse le réseau capillaire hépatique et tombe dans le système veineux général.

Cette hypothèse, bien que supposant un trajet plus complexe nous paraît cependant plus satisfaisante que les deux précédentes. D'abord parce qu'elle nous explique la prédominance dans le foie (trajet porte) et dans le poumon (trajet lymphatique) et ensuite parce que, seule elle nous permet de comprendre la présence de l'embryon dans les régions si diverses qu'il est susceptible d'habiter comme le cerveau, les os etc.

Hâtons-nous d'ajouter que la preuve expérimentale n'a pas été faite et que la présence de l'embryon dans la veine porte et dans le système lymphatique n'a jamais été constatée.

Mais pour quelles raisons l'embryon va-t-il se fixer dans le ligament large ? Cette question nous amène à discuter l'influence du *traumatisme*.

On sait le grand rôle que joue le traumatisme dans certaines affections microbiennes et les mémorables expériences de Max Schüller, et de M. Lannelongue sur des chiens auxquels ils avaient inoculé des microbes de la tuberculose et de l'ostéo-myélite infectieuse l'ont démontré ouvertement.

Pourquoi n'admettrait-on pas qu'il en soit ainsi pour cette affection ? Sous l'influence d'un trauma-

tisme de l'abdomen, une rupture vasculaire peut se produire dans le ligament large, une collection sanguine se former dans son épaisseur ; qu'à ce moment un embryon se trouve dans un de ses vaisseaux, il pourra s'arrêter là et se développer dans le ligament large.

M. Danlos, dans une thèse sur l'influence du traumatisme accidentel, considéré, comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général, a formulé les conclusions suivantes :

1° Très souvent les kystes hydatiques ont été précédés d'un traumatisme de la région où ils se sont développés.

2° Ces faits sont trop nombreux, trop généraux pour ne pas indiquer un rapport de causalité.

3° Les auteurs qui n'ont pas tenu compte suffisamment de l'animalité des kystes hydatiques ont généralement reconnu au traumatisme le rôle de cause efficiente (par inflammation, par frottement, par transformation d'un foyer sanguin).

4° Admettant que les kystes hydatiques proviennent toujours d'un œuf, nous ne pouvons accorder aux influences extérieures d'autre rôle que celui d'en favoriser le développement et la fixation soit par une rupture vasculaire, soit plutôt par fluxion traumatique.

M. le Professeur Tillaux a insisté sur le développement des kystes hydatiques des muscles.

Dans notre cas l'histoire de la malade nous

apprend qu'elle fit à l'âge de 16 ans une chute sur le ventre ; elle ne s'était pas encore aperçue de sa tumeur abdominale. Mais cette chute fut suivie d'un urticaire généralisé et il est plus logique de penser que le kyste était déjà formé et que c'est à la suite de l'épanchement du liquide hydatique dans le péritoine que se produisit cette poussée d'urticaire.



CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

Les kystes hydatiques du ligament large ne diffèrent pas comme structure de ceux des autres organes. Aussi nous bornerons nous ici à décrire ce qu'ils offrent de particulier au point de vue de leur nombre, de leur volume, de leur contenu et de leurs rapports.

1^o Nombre. — Dans nos observations le kyste contenu dans l'épaisseur du ligament large était unique, cependant ces tumeurs peuvent être accompagnées de petits kystes qui les entourent. Souvent ils coïncident avec d'autres kystes situés dans l'abdomen ou dans divers organes. C'est ainsi que M. le professeur Pinard, dans son observation, a constaté la présence d'une grappe de neuf kystes qui semblaient descendre à la face inférieure du foie. Un autre kyste situé dans la fosse iliaque droite, était uni à la face profonde de la paroi abdominale par des adhérences lamelleuses et vasculaires, et semblait être également rattaché à cette même grappe de kystes.

Hünter avait même prétendu que les kystes du petit bassin étaient toujours consécutifs à un kyste du

foie ou de la rate. Celui-ci venant à se rompre, son contenu s'accumulait dans le petit bassin, où des kystes semblables prenaient alors naissance.

Dans notre cas, il ne paraissait pas y avoir de tumeurs semblables dans d'autres organes. Toutefois, notre malade ayant heureusement guéri, nous ne pouvons baser ce diagnostic que sur des signes extérieurs.

2° *Volume.* — Les dimensions des kystes hydatiques du ligament large, peuvent varier de la grosseur d'un œuf à celui d'une tête d'adulte. Leur volume varie évidemment avec leur âge.

La poche que nous avons pu voir présentait environ le volume d'une orange ; elle renfermait 300 grammes de liquide.

Le kyste ponctionné par M. Pinard, était bien plus volumineux et cette ponction donna issue à un litre et demi de liquide. Il avait à peu près le volume d'une tête d'enfant, et en l'incisant, on trouva dans son intérieur de nombreuses vésicules de dimensions variables, l'une d'elles était énorme et présentait le volume d'une orange aplatie.

3° *Contenu.* — Le liquide contenu dans ces kystes présente les mêmes caractères que celui de tous les kystes hydatiques. Il est clair comme de l'eau de roche lorsque le kyste n'est pas suppuré. Il contient un peu d'albumine qui sert à la nutrition de l'échinocoque. Toutefois il n'est pas coagulable par la chaleur, ce qui peut être un précieux signe en clinique.

Il contient en outre des sels minéraux en faible proportion (environ 2 pour 1000), ces sels sont constitués en grande partie par du chlorure de sodium.

Voici du reste les résultats de l'analyse du liquide que renfermait le kyste hydatique du ligament large ponctionné par M. Pinard. Nous devons cette analyse à M. le Dr Galippe, chef du laboratoire de la clinique d'accouchement.

Réaction : alcaline, mais acide par la suite.

Densité : 1,008.

COMPOSITION

Eau.....	98,573
Résidu à 100° : matières organiques	
(albumine).....	0,293
Matières minérales.	1,134
	100,000

Chlorure de sodium ;

Sulfates ;

Phosphates ;

Carbonate de chaux ;

Silice ;

Acide phosphorique.

« Le liquide recueilli au fur et à mesure qu'il sortait du kyste, était extrêmement fluide, mais présentait une certaine opalescence. Abandonné à lui-même il garda néanmoins cette légère opacité. Quelques gouttes de liquide recueillies dans les parties inférieures à l'aide d'une pipette stérilisée, et sans

précautions particulières, laissaient voir de très nombreux petits points blanchâtres, qui, examinés au microscope se montrèrent constitués par des échinocoques. En même temps, dans le liquide, on voyait flotter des fragments d'une membrane extrêmement mince et délicate.

« Toutes les préparations sans exception montrèrent un grand nombre d'échinocoques, ainsi que des crochets mis en liberté. Le liquide avait été recueilli dans les conditions suivantes : le trocart avait été stérilisé avec le plus grand soin, et les flacons dans lesquels le liquide fut reçu avaient été également stérilisés. La cavité vaginale avait été lavée avec une solution de sublimé corrosif.

« A titre de renseignements, un certain nombre de tubes de bouillons furent ensemencés à l'aide d'une pipette stérilisée et de quelques gouttes du liquide extrait du kyste. Dès le lendemain tous les tubes s'étaient montrés fertiles; ils renfermaient un diplocoque extrêmement fin, se colorant très bien par le violet 5 B. (Nous ne donnons ce fait qu'à titre de renseignement, sans vouloir actuellement en tirer aucune conséquence) ».

Ajoutons que Mourson et Schladenhauffen ont signalé la présence d'une leucomaïne, que l'on rencontre en quantité variable dans le liquide des hydatides. Cette leucomaïne qui produirait l'urticaire que l'on observe chez certains malades après rupture

du kyste dans le péritoine, est contenue dans les déchets nutritifs ; elle serait en rapport avec l'activité nutritive de l'échinocoque.

L'abondance probable des déchets nutritifs au moment de l'évolution des têtes de ténias et leur rareté dans les périodes de repos expliquent pourquoi l'irruption du liquide dans une des grandes cavités séreuses est tantôt suivie d'une éruption d'urticaire plus ou moins grave, tantôt inoffensive.

La preuve expérimentale en a été donnée par M. Debove qui inocula le liquide à deux malades. M. Achard cite le fait suivant :

(Soc. Méd. des hôpitaux, 1894). Le 12 novembre 1894 une autopsie est faite par deux médecins et un aide, d'un malade porteur d'un kyste hydatique. Le 13, un des médecins est pris de démangeaisons avec légère poussée d'urticaire durant 48 heures. Le même jour l'autre médecin a de très fortes démangeaisons avec urticaire très accentuée sur le tronc, les cuisses, la figure, le pharynx, fièvre légère et albuminurie transitoire ; le tout dura 4 jours. L'aide eut une diarrhée pendant la nuit avec toux, sensation de gonflement et de picotement dans le corps, éruption saillante, série d'ulcérations sur les gencives et le palais ; les malaises durèrent quelques jours.

Avant de terminer ces quelques considérations sur le contenu des kystes hydatiques, il nous reste à signaler un caractère sur lequel insiste M. Lavigne

Sainte-Suzanne : les kystes hydatiques du petit bassin contiendraient beaucoup plus souvent des vésicules filles que les kystes hydatiques développés dans les autres régions.

4° *Rapports.* — Le kyste est en rapport *en dedans* avec l'utérus, qu'il repousse plus ou moins à droite ou à gauche, suivant le siège et le volume de la tumeur. L'utérus peut être dévié et même déformé, en latérotation et latéroflexion.

Dans nos observations, le kyste n'avait pas contracté d'adhérences avec cet organe dont il était séparé par un sillon très net. Cependant, il peut être relié à l'utérus par des adhérences vasculaires et il n'est pas impossible même, que dans certains cas, il ne finisse par ulcérer la paroi et par s'ouvrir dans la cavité utérine.

En arrière, du côté du rectum, le kyste comprime le canal, et il peut en résulter de l'hypertrophie des fibres musculaires du rectum dans la portion située au-dessus de la tumeur (observation de Charcot). Il peut aussi contracter des adhérences avec lui et l'ouverture dans ce conduit est une terminaison assez fréquente des kystes hydatiques du petit bassin.

La trompe et l'ovaire se laissent facilement déplacer par le kyste ; dans notre cas nous avons pu voir après ouverture du péritoine, que la trompe était située en avant et en haut, coiffant en quelque sorte le kyste.

L'ovaire était situé en arrière et en dehors, pro-

labé dans le cul de sac postérieur. Dans l'observation de M. Pinard, l'ovaire n'a pu être retrouvé et il est probable qu'il était confondu avec la paroi épaissie de la tumeur.

Enfin, dans les cas anciens, après des poussées de pelvi-péritonite, des adhérences nombreuses peuvent se faire, et le kyste ne forme plus qu'une seule masse avec la plupart des organes du petit bassin.

Le péritoine est le plus souvent sain, il enveloppe complètement la tumeur et, dans la laparotomie de M. Walther, nous avons pu voir les parois blanches du kyste apparaître à travers la sèreuse.



CHAPITRE IV

Symptômes

La symptomatologie des kystes hydatiques du ligament large est bien obscure et ce n'est pas sur trois observations que nous pouvons prétendre l'établir. Du reste aucun caractère ne paraît les différencier des autres kystes parovariens et le frémissement hydatique qui est déjà rare dans les kystes des autres organes n'a jamais été constaté.

Cependant l'évolution de la tumeur et certains signes fonctionnels pourraient peut-être permettre, sinon d'en reconnaître, du moins, d'en soupçonner l'existence.

Le début de l'affection est le plus souvent silencieux, le kyste hydatique n'est pas douloureux par lui-même, et si son volume ne vient pas déterminer les phénomènes de compression du côté des organes du petit bassin, il peut évoluer sans que le malade en ait soupçonné l'existence, surtout si ce kyste se développe primitivement dans le ligament large et s'il n'en existe pas de semblables dans d'autres organes de l'abdomen. Il n'est pas rare en effet de rencontrer à l'autopsie d'une personne morte d'une maladie quel-

conque un ou plusieurs kystes dont elle ne s'était jamais plainte.

Le docteur Finsen qui a observé en Islande un grand nombre de kystes hydatiques, signale au contraire la douleur comme un phénomène constant au début de la maladie, lors même que la tumeur n'est pas encore perceptible ; après cette période douloureuse du début, le kyste évolue silencieusement, et le plus souvent, après une période latente, c'est à l'occasion d'une chute, d'un coup, que le malade s'aperçoit de l'existence d'une tumeur abdominale.

Lorsque la tumeur a atteint un certain volume, elle détermine un sentiment de distension, de gêne, de pesanteur, plutôt que de véritable douleur, enfin, des symptômes fonctionnels de compression que la situation anatomique nous permet de prévoir.

Le malade éprouve alors des douleurs obtuses s'irradiant dans les régions lombaires et souvent aussi dans le membre inférieur ; celles-ci sont dues sans doute à la compression du nerf sciatique par la tumeur.

Bientôt se manifeste une constipation plus ou moins opiniâtre ; les selles sont très douloureuses, rubanées et s'accompagnent d'un ténesme rectal parfois très intense qui peut simuler un rétrécissement du rectum. Cette compression du rectum a souvent pour résultat l'hypertrophie des fibres musculaires de ce conduit, dans la portion située au-dessus de la tumeur, comme dans le cas observé par M. Charcot.

Du côté de l'appareil urinaire, les troubles de la miction sont la règle ; ils consistent en un besoin fréquent d'uriner, la miction est douloureuse et il peut même y avoir de la rétention d'urine. Ces troubles sont souvent précoces, alors que la tumeur n'a pas encore atteint un volume considérable. Il est probable que la cause doit en être cherchée dans l'irritation du muscle vésical par l'utérus qui est très vite déplacé ; de plus la tumeur peut aussi comprimer directement les uretères, d'où une rétention de l'urine dans les calices et les bassinets, accidents urémiques et atrophie possible des reins.

SIGNES PHYSIQUES

Les troubles de la menstruation s'expliquent plus facilement, l'ovaire se trouvant rapidement comprimé entre la tumeur d'une part, l'utérus et le rectum d'autre part, ou simplement prolabé dans le cul-de-sac postérieur, comme nous avons pu l'observer dans notre cas. Ces troubles sont cependant moins fréquents que ceux de la miction ; ils consistent en des retards plus ou moins longs dans l'apparition des règles, retards qui sont souvent suivis de pertes abondantes.

1^o Palpation. — La palpation permet de reconnaître la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, située dans l'une des fosses iliaques. Si la paroi abdominale n'est pas trop épaisse et si le kyste

Il n'a pas contracté d'adhérences, il sera possible de sentir un sillon séparant la tumeur de l'utérus, et un autre sillon circulaire la séparant des parois du bassin.

2° *Percussion*. — A la percussion on aura de la matité au niveau de la tumeur et si elle n'est pas trop volumineuse et ne remplit pas entièrement la partie latérale de l'excavation, des anses intestinales repoussées en haut donneront de la sonorité ; matité également sur la ligne médiane au niveau de l'utérus qui est souvent repoussé en haut et en avant et sonorité dans la fosse iliaque opposée.

En percutant la tumeur on pourra peut être percevoir le frémissement hydatique qui est le signe pathognomonique de cette affection. Ce signe fut découvert en 1828 par Briançon : « Lorsqu'on applique une main sur un kyste contenant des acéphalocystes, écrit cet auteur, de manière à l'embrasser le plus exactement possible, en exerçant une pression légère, et qu'avec la main opposée on donne un coup sec et rapide sur cette tumeur, on sent un frémissement analogue à celui que ferait éprouver un corps en vibration : c'est le frémissement hydatique. Si on réunit l'auscultation à la percussion, on entend des vibrations plus ou moins graves, semblables à celles que produit une corde de basse. C'est au nombre des acéphalocystes et à la quantité de liquide contenu dans le kyste que l'on doit attribuer la variabilité d'inten-

sité de ces signes. Ce sont les parois des vésicules membraneuses qui sont le siège de ce frémissement. »

Ce signe qui assurerait le diagnostic n'a jamais été perçu, disent les observations, mais cela tient surtout, croyons-nous, à ce qu'il n'a pas été recherché, et Brun, dans sa thèse inaugurale, en 1836, rapporte une observation de Rayer où celui-ci le perçut en pratiquant le toucher rectal.

« On constate dans la fosse iliaque gauche l'existence d'une tumeur plus volumineuse que le poing, s'étendant jusqu'à l'hypogastre. Elle est arrondie, immobile, fluctuante, un peu douloureuse à la pression ; elle est d'ailleurs séparée nettement du foie qui paraît entièrement sain. Quand on percute la tumeur, il semble qu'on frappe sur un ressort élastique et l'on provoque en même temps une sorte de frémissement et de collision. L'auscultation et la percussion combinées font entendre un son analogue à celui du tambourin. »

On devra donc toujours rechercher très minutieusement ce signe lorsqu'on se trouvera en présence d'une tumeur de ce genre, d'abord en percutant la tumeur à la région hypogastrique, puis en pratiquant le toucher rectal et le toucher vaginal et en imprimant avec l'autre main de petits mouvements à la tumeur.

Toutefois le frémissement n'est perçu que lorsque l'hydatide renferme des vésicules secondaires nageant dans un liquide relativement peu abondant. Cette opi-

nion est parfaitement exacte dans la grande majorité des cas, mais Kuster a reconnu que deux ou plusieurs hydatides dépourvues de vésicules secondaires, mais serrées les uns contre les autres, sont capables de produire le frémissement. Au point de vue du traitement, comme le fait remarquer M. Blanchard, ce fait n'est pas sans valeur : perçoit-on le frémissement hydatique sur un kyste qui après ponction se montre dépourvu de vésicules secondaires, c'est l'indice certain de la présence d'une seconde hydatide.

3° *Toucher*. — Le toucher vaginal est souvent très douloureux ; le col de l'utérus est situé très haut par suite du mouvement de bascule que subit cet organe ; ses lèvres peuvent être ramollies et presque effacées.

Dans les culs-de-sac latéraux on sent une tumeur plus ou moins volumineuse, séparée de l'utérus par un sillon souvent très net. Combiné avec le palper abdominal le toucher pourra permettre de reconnaître que cette tumeur est mobile et pouvant osciller entre le doigt vaginal et la main hypsogastrique, ne faisant corps ni avec l'utérus, ni avec les os du bassin ; elle est régulière le plus souvent, lorsque le kyste est unique, arrondie, fluctuante et rénitente.

Le toucher rectal permettra de reconnaître ces mêmes caractères.

Parfois même, comme dans l'observation de M. Schwartz et dans la nôtre, on pourra sentir dans le cul-de-sac postérieur une petite tumeur dure, irrégu-

lière, peu douloureuse dans laquelle on reconnaîtra l'ovaire.

On devra enfin terminer l'examen en explorant l'état des autres organes, foie, rate, intestin, puis on recherche s'ils ne renferment pas de tumeurs de ce genre.

Tels sont les symptômes des kystes hydatiques du ligament large ; on voit que, à part le frémissement caractéristique, ils n'ont aucun caractère bien spécial et sont ceux de beaucoup de tumeurs développées dans la région latéro-utérine





CHAPITRE V

Marche — Durée — Terminaison.

L'évolution des kystes hydatiques du ligament large, comme celle de tous ceux du petit bassin, est ordinairement très lente. Dans certains cas même, la tumeur n'étant pas assez volumineuse pour déterminer des phénomènes de compression du côté des organes voisins, peut passer inaperçue et n'être retrouvée qu'à l'autopsie.

Dans les cas les plus heureux, après avoir évolué silencieusement, les hydatides peuvent périr par inattention ; cette terminaison est rare, et, le plus souvent, le kyste continue à se développer pour envahir plus ou moins l'excavation, et monter même dans la cavité abdominale.

Il arrive alors un moment fatal où, sous l'influence d'un traumatisme, souvent léger, la poche se rompt et le liquide peut alors se répandre dans le péritoine. Le plus souvent, lorsque la tumeur a contracté des adhérences avec les organes voisins, elle s'ouvre dans le vagin, le rectum ou même l'utérus.

Un exemple de cette ouverture dans le vagin, est celui de la malade de M. Vieillard :

« Le 13 janvier, dans la nuit, la femme expulse une masse remplissant deux vases, chacun de la contenance de deux litres ; c'est du sang au milieu duquel nagent une innombrable quantité de vésicules d'hydralides, du volume d'un petit pois à celui d'une aveline. Par le toucher on trouve que la tumeur dans le cul-de-sac postérieur est affaissée et le doigt introduit plus profondément constate l'existence d'une large déchirure anfractueuse, irrégulière, de ce cul-de-sac, déchirure qui fait communiquer le vagin avec la cavité du petit bassin.

La malade meurt du reste quelques heures après. »

Freund rapporte le cas d'un kyste suppuré du cul-de-sac de Douglas qui avait contracté des adhérences avec l'utérus, le vagin et le rectum et était en communication avec ces trois cavités.

L'ouverture du kyste dans le péritoine est très fréquemment suivie d'une éruption d'urticaire généralisé. Cet urticaire se développe sans doute sous l'influence d'une leucomaïne contenue en plus ou moins grande quantité dans le liquide hydatique et dont Mourson et Schladenhauffen ont signalé l'existence.

L'abondance de cette leucomaïne, contenue dans les déchets nutritifs des hydatides semble être en rapport avec l'activité nutritive de l'animal.

C'est pourquoi il arrive que dans certains cas

l'ouverture de la poche dans le péritoine est suivie d'une éruption très violente lorsqu'elle coïncide avec l'évolution des têtes de tœnias ; d'autrefois elle est inoffensive pendant les périodes de repos.

Le kyste peut aussi s'enflammer et des poussées de pelvi péritonite en sont le signe clinique. La tumeur alors indolente devient douloureuse à la pression, ces douleurs s'irradient dans tout l'abdomen ; la fièvre, les frissons, les vomissements les accompagnent souvent. L'ouverture est imminente ; les accidents diminuent alors progressivement d'intensité et les hydatides s'échappent par l'anus ou par le vagin.

Dans certains cas cependant, malgré cette rupture du kyste dans le vagin, l'issue est fatale. Chez le malade de Villard, par exemple, les phénomènes généraux et locaux, au lieu de s'amender, augmentent d'intensité. Les vomissements persistent, les douleurs deviennent plus aigües ; le ventre est ballonné, tendu ; le pouls de plus en plus accéléré, devient petit, misérable ; la prostration des forces s'accroît de plus en plus et la malade, épuisée, ne tarde pas à mourir dans le marasme, malgré l'ouverture spontanée produite par la déchirure du cul-de-sac vaginal.



CHAPITRE VI.

Diagnostic.

Le diagnostic présente de grandes difficultés, on sait déjà combien est obscur celui des kystes parovariens ; le diagnostic du siège de la tumeur est encore bien plus difficile.

Toutefois en présence d'une tumeur indolente, fluctuante, s'étant développée lentement dans la région latéro-utérine, sans s'accompagner de symptômes généraux, on devra toujours penser à la possibilité d'un kyste hydatique du ligament large ; on recherchera alors très minutieusement le frémissement hydatique par la voie hypogastrique, par la voie vaginale et la voie rectale ; nous pensons que si ce frémissement n'a été trouvé qu'une seule fois, c'est que le plus souvent l'attention n'ayant pas été dirigée de ce côté, il n'a même pas été recherché.

Un autre signe sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté, c'est l'apparition d'un urticaire généralisé à la suite d'un traumatisme de l'abdomen. Nous ne disons pas que ce signe pourrait permettre de poser un diagnostic certain, mais, lorsqu'il existe, il peut mettre sur la voie.

Dans notre observation, par exemple, nous voyons

que notre malade fit, à 16 ans, une chute sur le ventre; cette chute fut suivie d'une éruption d'urticaire généralisé qui dura près d'un mois.

Une seconde fois, à l'âge de 21 ans, elle fit une chute à plat ventre sur le sol, du haut d'une voiture peu élevée. Le choc fut très violent, elle crut, suivant son expression, « qu'elle avait quelque chose de défait dans le ventre ».

Enfin 15 heures après cet accident se développa un urticaire généralisé très intense qui dura 15 jours.

Mais cette douleur que la malade éprouva, cette rupture dont elle eut conscience, c'était l'ouverture du kyste et l'urticaire consécutif était dû à l'épanchement du liquide hydatique dans le péritoine.

On voit donc combien le diagnostic eut été éclairé, si on eut attaché quelque importance à ce signe clinique et c'est pourquoi nous ne saurions trop insister sur la valeur de ce symptôme, lorsqu'il existe.

La nature du kyste étant soupçonnée, on n'aura plus qu'à rechercher le frémissement et s'il n'existe pas, la ponction exploratrice conduira au diagnostic certain.

Hâtons-nous d'ajouter cependant que dans certains cas tout à fait exceptionnels la ponction exploratrice pourra ne donner issue à aucun liquide. Un exemple frappant nous est donné par le cas raconté par M. le professeur Tillaux dans son traité de chirurgie clinique (page 282). Il s'agissait d'un malade

atteint d'une tumeur de la région hypogastrique. La marche silencieuse de cette tumeur, la fluctuation très nette, même une légère sensation de frémissement et les antécédents du malade firent penser à un kyste hydatique.

Deux ponctions furent pratiquées avec l'aspirateur Dieulafoy. Il ne sortit aucun liquide. M. le professeur Tillaux pratiqua la laparotomie ; après incision du péritoine, la tumeur fut à nouveau ponctionnée avec une grosse canule, de l'aspirateur Potain, rien ne sortit. En retirant la canule il constata dans la petite plaie un grumeau blanchâtre qui n'était autre chose qu'un fragment de membrane hydatique. Le kyste fut fendu et il s'échappa au moins un litre d'hydatides.

On ne pourra plus confondre, après une ponction exploratrice, un kyste hydatique avec un *fibrome ramolli* comme on en observe au moment de l'accouchement. Le diagnostic n'en est pas toujours facile, car souvent ces masses ramollies peuvent simuler de tout point une tumeur liquide.

Un *kyste de l'ovaire* pourrait présenter les mêmes symptômes, la même indolence, la même lenteur dans son évolution et ici encore le diagnostic ne pourra être fait que par la ponction et l'examen du liquide.

Certaines *tumeurs malignes* pourraient aussi simuler un kyste hydatique ; mais au bout d'un certain temps, ils s'en distingueront par la rapidité de

leur évolution et par les symptômes graves qui les accompagnent.

Quant au *cancer du rectum*, le simple toucher fera éviter toute erreur.

Une *simple grossesse* avec hydramnios, sera reconnue par l'auscultation, la perception des mouvements actifs et le développement de l'utérus.

L'*hématocèle rétro utérine* se reconnaît aux phénomènes douloureux et hémorrhagiques, à la perception dans le cul de sac postérieur d'une tumeur plus ou moins dépressible et fluctuante.



CHAPITRE VII

Pronostic. — Complications.

Le pronostic est toujours très grave ; dans presque toutes les observations de kystes hydatiques du petit bassin, nous voyons que les tumeurs abandonnées à elle-même ont déterminé la mort et lorsqu'une complication n'est pas venue emporter le malade, cette affection aboutit fatalement à la cachexie.

Les complications sont nombreuses ; lorsque la tumeur devient très volumineuse elle peut comprimer les uretères ou la vessie à tel point qu'une rétention complète d'urine en est la conséquence ; le malade peut alors succomber à des accidents urémiques.

Chez la femme on trouve les kystes hydatiques du ligament large peuvent devenir une véritable cause de dystocie et l'observation de M. Pinard, que nous reproduisons plus loin, nous montre que la tête n'a pu s'engager qu'après la ponction du kyste. Il est même arrivé deux fois que des accoucheurs ont pratiqué l'opération césarienne parce qu'ils croyaient avoir affaire à une tumeur solide.

Enfin un accident redoutable est la suppuration du kyste et son ouverture dans le péritoine. Lorsque le contenu est aseptique, la réaction générale peut-être légère et se borner comme nous l'avons indiqué à l'apparition d'un urticaire plus ou moins intense. Cependant une éruption de kystes hydatiques dans le péritoine en sera souvent la conséquence. Enfin, si le kyste est suppuré, la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale déterminera une péritonite septique, presque toujours mortelle.



CHAPITRE VIII

Traitement

Divers médicaments ont été préconisés contre les kystes hydatiques, nous ne nous attarderons pas à les passer en revue. Nous estimons en effet que cette médication est toujours impuissante et que, dans les cas de kyste hydatique du ligament large en particulier, c'est au traitement chirurgical seul que l'on doit avoir recours.

Le traitement de ces tumeurs doit être envisagé dans trois conditions :

- 1° En dehors de la grossesse ;
- 2° Pendant la grossesse ;
- 3° Chez la femme en travail.

1° En dehors de la grossesse. — Plusieurs procédés sont à notre disposition et nous aurons à choisir entre la ponction simple ou suivie d'injection modificatrice, l'injection vaginale et la laparotomie.

La *ponction* pratiquée autrefois avec le trocart sera avantageusement remplacée par l'aspiration, qui permet une évacuation plus complète, bien qu'elle

soit, dans certains cas, encore insuffisante. Les kystes hydatiques renferment souvent en effet peu de liquide et beaucoup de vésicules filles qui peuvent oblitérer l'aiguille de l'aspirateur.

Cette méthode est évidemment la plus simple et la plus facile, mais nous pensons aussi que sous son apparence de bénignité, elle est cependant la plus dangereuse. Nous ne voulons pas parler des accidents qui peuvent être consécutifs à une ponction mal faite ; il est bien entendu qu'elle doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires (lavages de la paroi abdominale au sublimé et à l'éther, asepsie des mains et de l'instrument).

Mais cette méthode est d'abord insuffisante, parce que, si elle détermine quelquefois la mort de l'hydatide, elle ne détermine jamais sa résorption : de plus, elle n'atteint pas forcément toutes les vésicules et l'une d'elles peut continuer à vivre et à se développer. Enfin, elle est dangereuse parce qu'elle peut être suivie de la dégénérescence graisseuse ou de la suppuration.

L'injection dans la poche de substances irritantes ou antiseptiques (teinture d'iode, sublimé, etc.), à la suite de la ponction, ne semble pas avoir donné de meilleurs résultats. Des phénomènes d'intoxication produits par l'absorption ou par la pénétration dans le péritoine d'une certaine quantité de liquide injecté, sont toujours à craindre.

2° *Incision vaginale.* — L'incision vaginale pratiquée dans un des culs-de-sac postérieur ou latéral, nous paraît préférable en ce sens qu'elle ouvre une plus large voie et permet à la poche de se vider. Toutefois, ce n'est encore qu'une mesure aveugle ou incomplète, car le kyste peut ne pas être unique et une seconde intervention est alors nécessaire.

Aussi nous pensons que ces méthodes doivent être laissées de côté et qu'il est préférable de recourir d'emblée à la laparotomie.

3° *Laparotomie.* — Après une incision médiane de la paroi abdominale, commençant immédiatement au-dessus du pubis, on ouvre le péritoine et on incise le feuillet du ligament large jusque sur le kyste. On ponctionne la poche avec l'aspirateur Potain ou Dieulafoy et on procède à sa décortication.

Dans certains cas comme dans celui de M. Walther, la poche s'énuclée spontanément après la ponction ; d'autrefois la décortication est pénible et la rupture des adhérences laisse une cavité saignante dont il faut pratiquer soigneusement l'hémostase. Un tamponnement à la gaze iodoformée est le plus souvent suffisant.

Dans d'autres cas enfin le kyste n'est pas énucléable et il faut avoir recours à un procédé opératoire que quelques auteurs américains ont décrit sous le nom de *marsupialisation*. Il consiste à suturer après extirpation partielle les bords de la poche à la

plaie abdominale, à drainer et à tamponner pour arrêter l'hémorrhagie.

Ce procédé retarde un peu la guérison, mais il paraît être le plus sûr lorsque le kyste n'est pas énucléable.

Si le kyste vient à se compliquer d'une grossesse, quelle conduite devons-nous tenir.

Faut-il se borner à l'expectation ou recourir à la simple ponction ? Nous ne le croyons pas et nous pensons que dans aucun cas, il ne faut laisser une femme courir les risques d'une opération devenue urgente au moment du travail.

La grossesse semble avoir une action sur les kystes hydatiques, dont elle active le développement et nous pensons avec notre maître M. Porak que l'opération sera d'autant moins grave que l'on tardera moins à la pratiquer.

D'ailleurs les exemples sont nombreux, dans les annales de la chirurgie, de tumeurs abdominales enlevées chez des femmes enceintes qui ont cependant mené à terme leur grossesse.

Au moment du travail, lorsque le kyste empêche l'engagement du fœtus, la conduite à tenir est différente. La méthode qui ouvrira la porte d'entrée la moins grande aux germes septiques devra être préférée et la ponction trouvera ici sa place.

Lorsque le volume du kyste est peu considérable, la ponction est-elle nécessaire et une applica-

tion de forceps ne permettrait-elle pas de terminer l'accouchement ? Cette conduite est toujours dangereuse, et M. Porak, dans son mémoire, cite deux cas dans lesquels la poche s'est rompue, bien que les tractions n'aient pas été considérable.

Le plus souvent, il sera, du reste, impossible de juger si la tumeur se laissera comprimer suffisamment pour permettre l'accouchement et nous pensons que dans un cas semblable, il est préférable de faire la ponction le plus tôt possible afin de ne pas attendre que la malade étant exténuée par un long travail, l'accouchement ne puisse se terminer seul par suite de l'inertie utérine.



OBSERVATIONS

OBSERVATION DE SCHATZ

(Recueillie à la Clinique de Rostock. Arch. générale de
Médecine, 1876)

Femme 28 ans. Depuis sept mois, quelques jours avant la fin d'une époque, survint dans le ventre une douleur accompagnée de forts tiraillements dans le côté gauche. Sensation de pesanteur; tantôt à droite, tantôt à gauche. Miction difficile, douloureuse. Besoin d'uriner fréquent.

Utérus légèrement infléchi en arrière. On rencontre à droite de l'utérus une tumeur qui est séparée nettement par un sillon circulaire des parois du bassin et qui n'est isolée de l'utérus que par un sillon peu profond. Cette tumeur, du volume de deux pommes, est placée de telle façon que les deux moitiés qui représentent ces sortes de pommes séparées par un sillon, se sentent l'une derrière l'autre. Au palper abdominal même sensation.

L'auteur porta le diagnostic de kyste hydatique se rappelant un cas analogue recueilli à la clinique de Leipsig.

Quelques jours après son entrée, la malade fut prise

de fièvre. Les deux moitiés se fondirent en une seule tumeur, On fit une ponction, on tira un liquide séro purulent et on fit une injection d'acide phénique.

Péritonite. Mort.

Autopsie. — Pleurésie double. Péritonite suppurée généralisée. A droite de l'utérus le péritoine avait un aspect opaque, blanchâtre, faisant une saillie du volume du poing et, dans cette région, il existait une perte de substance de l'étendue de deux thalers, à travers laquelle il était facile de pénétrer dans le vagin. Cette partie saillante, et soulevée par le péritoine, répondait à une cavité située à droite de l'utérus et derrière laquelle, à droite et en haut, se trouvait la trompe et l'ovaire. En arrière de cette cavité, à l'intérieur du péritoine se trouvait, au milieu d'un exsudat gélatiniforme, un kyste d'échinocoques très net.

OBSERVATION II

(Leçon clinique de M. le Professeur Pinard. Annales de Gynécologie, 1888)

Le 21 mars, à onze du soir, on apportait dans le service une jeune femme en travail depuis deux jours. Aucune intervention ne paraissant utile, on ne me fit pas prévenir et je vis cette femme pour la première fois le 22 mars à 9 heures du matin. Cette femme, quoique fatiguée et en proie à des contractions utérines très douloureuses et fréquentes, répond avec intelligence à nos questions.

Elle nous raconte qu'elle est blanchisseuse, âgée de 21 ans, primipare, et nous affirme qu'elle n'a jamais été

malade. Elle ne sait pas à quel âge elle a marché ; elle a été réglée pour la première fois à 13 ans et depuis très régulièrement. Mais ses règles ont toujours été douloureuses et elle expulsait à ce moment un certain nombre de caillots.

La dernière apparition des règles eut lieu du 12 au 18 juin. Environ six semaines après cette époque, elle s'aperçut pour la première fois de la présence d'une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule, dans l'hypochondre droit.

Elle éprouva quelques jours après des troubles de la miction — rétention et dysurie — car elle était déjà obligée de faire de nombreux efforts et souvent de marcher pendant un certain temps dans sa chambre avant d'arriver à expulser une petite quantité d'urine.

Elle consulta à ce moment un médecin qui lui fit prendre un purgatif parce qu'elle était en même temps constipée.

Cet état dura quelques jours, puis la tumeur disparut, dit-elle : elle reprit ses occupations et n'éprouva plus rien d'anormal pendant la durée de sa grossesse jusqu'au 10 mars. A ce moment elle perdit de l'eau et pendant 7 à 8 jours dut garder son lit tellement l'écoulement était abondant.

Elle commença à ressentir les premières douleurs le 20 mars. Une sage femme fut appelée qui constata la présence d'une tumeur dans l'excavation, mais ne put déterminer la situation du col.

Aucune modification n'étant constatée dans la journée, un médecin fut demandé. Ce dernier, après examen, re-

connut comme la sage femme la présence d'une tumeur dans l'excavation, mais ne put atteindre davantage le col. Il donna le conseil de transporter cette femme à la Clinique d'accouchements.

A son arrivée, M^{me} Victor constata que cette femme avait des contractions très fréquentes et qu'un liquide incolore assez abondant s'écoulait du vagin. Au toucher elle rencontra une tumeur remplissant toute l'excavation. Elle explora le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux sans rencontrer autre chose que les parois de la tumeur. Mais en avant elle parvint en faisant glisser les doigts entre la tumeur et la symphyse, à atteindre l'orifice qui lui parut offrir une dilatation égale à une pièce d'un franc.

Les battements du cœur de l'enfant étant normaux, on se contenta de faire des injections vaginales antiseptiques et l'on attendit.

Le 29 mars, à 9 heures du matin, en l'examinant à mon tour, je ne trouvai rien d'anormal dans la conformation du squelette, si ce n'est une légère parenthèse entre les cuisses et une brièveté assez notable du thorax.

L'abdomen paraissait régulièrement développé comme il l'est généralement chez une femme à terme. Je trouvai la paroi abdominale mince.

La percussion ne donna de sonorité que dans les deux flancs tout à fait en arrière. Partout ailleurs la matité était absolue.

Le palper rendu difficile par l'apparition de contractions fréquentes, me permit cependant de faire les constatations suivantes : en bas et à gauche, tumeur dure, régu-

lière, siégeant en partie dans la fosse iliaque, en partie au niveau de l'aire du détroit supérieur, et débordant en avant la branche horizontale du pubis de 2 cent. environ.

Au fond de l'utérus je rencontrai une autre grosse extrémité à peu près sur la ligne médiane, accompagnée de petite parties.

Sous les fausses côtes à droite je rencontrai une petite tumeur assez superficielle, paraissant faire corps avec l'utérus, et semblant durcir au moment de la contraction. Dans l'hypochondre droit je trouvai une deuxième tumeur de la grosseur d'un œuf, puis immédiatement au-dessous, une troisième tumeur présentant à peu près le même volume et les mêmes caractères.

....Mon doigt introduit dans le vagin arriva directement sur une tumeur s'étendant depuis le plancher palvien jusque et au-dessus du détroit supérieur. Il me fut impossible par le toucher de la déterminer supérieurement.

Cette tumeur partout régulière, donnait au doigt la sensation de rénitence. Il ne me fut pas possible de percevoir la sensation de fluctuation.

La consistance paraissait augmenter au moment de la contraction. En portant mes doigts bien à plat, derrière et au-dessus de la symphyse du pubis, je rencontrai l'orifice dont les bords étaient souples, minces et présentaient une dilatation elliptique à grand axe dirigé transversalement, que je ne pus mieux comparer qu'à un orifice buccal. Cette fente mesurait 4 à 5 cent. de longueur tandis que ses deux lèvres étaient au contact.

En écartant ces lèvres, mon doigt arrivait directement sur la tête.

Le toucher rectal me donna peu de renseignements, car s'il me fit voir que la tumeur se trouvait en avant du rectum, il ne me permit de reconnaître aucun point d'implantation.

Après avoir ainsi pratiqué le toucher digital, je pratiquai le toucher manuel. Une main introduite dans le vagin ne me donna pas d'autres résultats au point de vue de l'exploration que ceux qui m'avaient été fournis par le doigt ; de plus en prenant à pleine main la tumeur, il me fut impossible de lui imprimer un seul mouvement, soit de latéralité, soit de bas en haut. La tumeur paraissait immobile et ne pouvait être déplacée.

Ainsi que je me trouvais en présence d'une femme primipare, ayant une rupture prématurée des membranes, à terme, en travail depuis deux jours, chez laquelle l'enfant était vivant, se présentant par la tête, mais ne pouvant pénétrer dans l'excavation par suite de la présence d'une tumeur oblitérant le canal pelvien.

....J'abordai alors la question de la nature de la tumeur. Je rejetai immédiatement en raison des caractères que j'avais perçus l'hypothèse de tumeur s'étant développée aux dépens des os du bassin. Puis je discutai le diagnostic différentiel entre une tumeur fibreuse et une tumeur renfermant un liquide.

Je vous exposai les raisons qui semblaient militer en faveur d'une tumeur fibreuse, et faire rejeter l'hypothèse d'une tumeur liquide. En effet la tumeur que je venais d'explorer ne m'avait paru nullement fluctuante, elle me paraissait offrir la consistance d'une tumeur fibreuse ramollie par le fait de la grossesse J'ai eu assez souvent

l'occasion de toucher des tumeurs ramollies; au moment pu travail, pour affirmer l'analogie. De plus le palper m'avait fait reconnaître dans la cavité abdominale d'autres tumeurs, entre la paroi abdominale et la paroi utérine, me paraissant adhérentes à cette dernière et semblant durcir au moment de la contraction. Or nous savons combien il est commun de rencontrer des tumeurs fibreuses multiples. Donc la présence d'une tumeur fibreuse développée au niveau du segment inférieur de l'utérus cadrerait parfaitement avec l'hypothèse d'autres tumeurs siégeant sur le corps de l'utérus.

Enfin vous disais-je, les tumeurs fibreuses sont infiniment plus fréquentes que les tumeurs liquides.

Malgré toutes ces raisons je discutai l'existence possible d'une de ces tumeurs.

Les observations de *kyste de l'ovaire* compliquant la grossesse ne sont pas rares, et il arrive qu'au moment du travail le kyste soit entraîné par la tête dans le petit bassin. J'ai déjà eu l'occasion d'observer deux cas dans lesquels les choses se sont passées de cette façon. Mais dans ces cas les antécédents, c'est à dire la présence d'une tumeur abdominale avant la grossesse, avait été constatée; l'interrogation de la tumeur par les doigts me renseigna de suite; dans l'intervalle des contractions je percevais nettement la sensation de fluctuation. Ici rien de semblable. Aussi tout en vous faisant remarquer qu'un kyste de l'ovaire peut se développer à l'insu de la femme, tant qu'il n'est pas trop volumineux; que dans certains cas le kyste peut-être assez comprimé par la région fœtale pour que sa consistance soit augmentée et que la sensation de fluctuation ne puisse être perçue; qu'il serait curieux

de voir en même temps un kyste de l'ovaire et des tumeurs fibreuses, je considérerais l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire comme peu probable, mais cependant possible.

Les kystes hydatiques du petit bassin sont bien plus rares que les kystes de l'ovaire, cependant vous ai-je dit il faut y songer. Il est vrai que cette femme n'a jamais eu sa santé troublée avant sa grossesse, je n'ai pu d'aucune façon constater le frémissement hydatique. Il faudrait admettre ou un kyste hydatique du petit bassin, coïncidant avec des tumeurs fibreuses ou des kystes hydatiques multiples ; mais malgré l'absence de ses signes et la rareté de cette coïncidence, bien que cette hypothèse soit également peu probable, elle est possible. Et je vous rappelais brièvement les cas cités par M. Charcot dans son mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin, dans lesquels des kystes multiples avaient évolué longtemps sans troubler la santé et dans lesquels aussi le frémissement n'avait pu être perçu.

Enfin je ne fis que vous rappeler les kystes du vagin pour les éliminer de suite et ne vous dis que quelques mots des kystes dermoïdes et inclusions fœtales auxquels je ne me rattachais pas davantage sans toutefois les rejeter d'une façon absolue.

La femme fut endormie, placée dans la situation obstétricale, et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, un gros trocart ayant été flambé, je pratiquai une ponction de la tumeur et nous vîmes s'écouler par la canule un liquide clair et légèrement visqueux qui, examiné de suite contenait des crochets d'échinocoques.

Nous avons donc affaire à un kyste hydatique. Il s'é-

coula un litre et demi de liquide ; au fur et à mesure que la tumeur s'affaissait, la tête s'engageait en O. I. G. A. et l'accouchement se termina spontanément une demi heure après la ponction, l'enfant était vivant, bien constitué, du poids de 2800 grammes.

La délivrance fut normale.

Il fut alors possible de voir que les tumeurs qui étaient dans la cavité abdominale, n'étaient nullement adhérentes à l'utérus, mais flottaient librement dans le ventre

Voici maintenant les résultats de l'autopsie.

Autopsie pratiquée 36 heures après la mort.

Cerveau : Rien de particulier.

Thorax : Cœur : volume ordinaire, valvules saines. Le péricarde renferme quelques grammes de liquide jaune citrin ; pas de péricardite ni de plaques laiteuses.

Poumons : sains.

Abdomen : Le péritoine contient un peu de liquide sanguinolent.

Foie : Volumineux, débordant de plusieurs travers de doigt les fausses côtes, toute la moitié antérieure du lobe est envahie par un énorme kyste hydatique ; ce kyste fait une saillie à la face antérieure près de l'encoche qui sépare le lobe droit du lobe gauche et de cette saillie partent quelques tractus conjonctifs et vasculaires qui vont se rattacher au foie. A ce niveau naît une grappe de kystes dont nous donnons plus loin la topographie.

Rale : pèse 222 grammes sans dégénérescence amyloïde.

Reins : paraissent sains.

Vessie : contractée, contient une très petite quantité d'urine trouble.

Utérus : volume d'une tête de fœtus : l'ovaire et la trompe sont sains ; l'ovaire est confondu avec la poche kystique qui est située dans le cul de sac postérieur : la trompe correspondante est saine.

Topographie des kystes

A droite. Le kyste qui est dans la fosse iliaque est uni à la face profonde de la paroi abdominale par des adhérences lamelleuses et vasculaires qui lui forment une sorte de méso, large de 6 centimètres et long de 3 centimètres environ. Il est libre dans tout le reste de son étendue, sauf au niveau de son pôle supérieur, rattaché par des adhérences vasculaires mesurant 12 centimètres à l'épiploon et à la grappe des kystes au nombre de 9, qui semble naître de la face antérieure du foie.

La portion d'intestin située entre le gros kyste de gauche et le petit kyste de droite est le colon transverse, et l'épiploon qui en part paraît renfermer dans son intérieur comme dans une sorte de filet les kystes du flanc droit. La grappe kystique est toute intra épiploïque c'est-à-dire qu'on soulève tous les kystes en soulevant l'épiploon, au-dessous duquel on trouve l'intestin.

Dans le flanc droit sont encore deux autres kystes erratiques faisant partie de la grappe.

A gauche. Le gros kyste du flanc gauche a contracté également des adhérences avec la paroi abdominale et l'S-iliaque. Il est libre dans tout le reste de son étendue sauf au niveau de son pôle supérieur ; de ce pôle part un vérita-

ble pédicule tenant à l'épiploon, de telle sorte qu'en détachant les adhérences avec la paroi de l'Siliaque on peut sortir le kyste du flanc gauche et le mettre sur la table ; il n'est plus retenu alors que par son pédicule épiploïque.

Quand on a détaché le kyste du flanc droit en coupant ses adhérences, on peut relever la grappe du côté de l'estomac et découvrir la face inférieure du lobe droit du foie occupé par un énorme kyste du volume d'une tête d'enfant nouveau né. On aperçoit encore la vésicule biliaire qui est remplie, distendue.

Dans la face lombaire droite, au-dessus du bord supérieur du rein, se trouve un kyste du volume d'une pomme rattaché au foie par des adhérences lamellaires et vasculaires. Le lobe gauche du foie se laisse facilement soulever et paraît sain.

Le rectum passe à gauche du promontoire. Quand on a renversé l'utérus en avant on trouve dans le cul-de-sac postérieur, surtout à droite, envoyant toutefois un léger prolongement à gauche, une poche kystique, flasque, qui paraît renfermée dans l'intérieur du ligament large. C'est cette poche qui constituait la tumeur remplissant l'excavation, et que j'ai dû ponctionner pour terminer l'accouchement.

En l'incisant on trouve dans son intérieur un peu de pus et des vésicules entières ou en lambeaux de dimensions variables ; l'une d'elles est énorme, du volume d'une orange aplatie. La paroi interne de la poche est épaisse et dans aucun point nous n'avons pu constater la présence de l'ovaire qui est confondu avec les parois de la poche.

OBSERVATION III

Recueillie dans le service de M. le professeur Tillaux

Alexandrine C..., âgée de 24 ans, couturière entre à l'hôpital de la Charité pour des douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — A 8 ans elle a eu la rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

A 12 ans elle a eu des abcès ganglionnaires qui ont nécessité un séjour prolongé à Forgues-les-Bains.

Elle fut réglée à 13 ans 1/2. Ses règles ne sont pas douloureuses et régulières, mais dans l'intervalle elle perd abondamment en blanc ; elle perdait déjà avant d'être réglée.

Depuis son enfance elle joue avec un chien. De plus elle mange fréquemment du cresson.

A 16 ans, après être tombée, dit-elle, se produisit une éruption généralisée d'urticaire. Elle fut très douloureuse et dura près d'un mois.

A 18 ans elle eut une fausse-couche, suppression des règles pendant 8 mois, puis à la suite d'un coup de pied, perte rouge très abondante en caillot, avec de violentes coliques. Elle expulsa un œuf du volume du poing environ. Les règles sont revenues 6 semaines plus tard. Depuis ce temps elle souffre un peu, mais l'écoulement blanc n'est pas plus abondant qu'avant son avortement.

Il y a 3 ans, à l'âge de 21 ans elle fit une chute à plat ventre sur le sol, du haut d'une voiture peu élevée. Le choc fut très violent.

Elle crut suivant son expression qu'elle avait « quelque chose de défait dans le ventre. »

Environ 15 heures après cet accident se développe un urticaire généralisé très intense. La nuit qui suivit elle vomit plusieurs fois. Comme les douleurs persistent elle appelle un médecin qui pratique le toucher vaginal et ne trouve rien.

L'urticaire persista cependant 15 jours durant lesquels elle resta couchée, sans appétit. La guérison fut lente.

Depuis ce temps elle souffre du ventre ; ces douleurs surviennent par crises, sans cause, non au moment de ses règles. Elles durent 2 à 6 jours, s'irradient à l'ombilic, à la face interne des cuisses, à la région lombaire. Ces crises deviennent de plus en plus douloureuses « à se rouler à terre » dit la malade. Elles se terminent par des pertes blanches, plus abondantes, plus épaisses, plus visqueuses. C'est ce qui la décida à entrer à l'hôpital le 6 août 1896.

Signes physiques. — L'inspection ne fournit aucun renseignement. La palpation réveille du côté droit une certaine douleur, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale.

Au toucher. — Dans le cul de sac latéral on sent une tumeur du volume d'une grosse mandarine, nettement séparée de l'utérus par un sillon,

Elle est régulière, arrondie, fluctuante et même rénitente. Elle est mobile et on la fait osciller entre le doigt vaginal et la main hypogastrique. Cette palpation réveille une certaine douleur.

Dans le cul de sac postérieur on sent une petite tumeur du volume d'une noix, irrégulière, peu douloureuse. On pense à l'ovaire.

Signes fonctionnels. — Depuis son entrée la malade souffre beaucoup moins. De temps en temps elle éprouve des sensations de pesanteur du côté de la vessie avec besoin d'uriner.

Opération le 9 août par Monsieur Walther. Après anesthésie par l'éther il fit une incision médiane de 6 centimètres, très bas, immédiatement au-dessus du pubis. Les muscles droits sont très résistants. On ouvre le péritoine, alors apparaît une masse arrondie logée dans le ligament large droit, refoulant un peu à gauche l'utérus qui est nettement séparé par un sillon. La tumeur elle-même est coiffée par la trompe flexueuse. L'ovaire est en arrière et en dehors, prolabé dans le cul de sac de son postérieur.

Le péritoine sain, tapisse la tumeur dont les parois apparaissent blanchâtres à travers la séreuse. On fait alors une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy. On retire environ 300 gr. de liquide clair comme de l'eau de roche.

Aussitôt que le kyste est vide la poche s'énuclée spontanément sans qu'il soit nécessaire de faire effort de décortication. Il n'y a pas de pédicule.

Pour fermer le péritoine M. Walther fait une suture de la séreuse.

La malade avait perdu à peine quelques gouttes de sang. Les sutures de la paroi terminent l'opération qui avait duré à peine un quart d'heure.

Les suites de l'opération furent normales, la malade souffrit très peu. Le lendemain elle eut sur le tronc des marbrures assez marquées avec sensation de démangeaison. Quelques jours après on enleva les fils et trois semaines après la malade partait au Vésinet complètement guérie.

CONCLUSIONS

Nous ne pouvons malheureusement tirer de notre étude des conclusions bien fermes, les observations ne sont pas assez nombreuses pour nous donner ce droit. Cependant voici les propositions que nous croyons pouvoir émettre.

1° Les kystes hydatiques du ligament large sont assez rares. Nous n'en avons publié que trois observations. Il est bien probable cependant que nous aurions pu en réunir beaucoup d'autres, si au lieu de se contenter d'une ponction ou d'une incision, on avait pratiqué la laparotomie.

2° Ces kystes sont le plus souvent simples et uniques : ils peuvent être accompagnés de kystes semblables dans les autres organes.

3° Par leur action mécanique ils compriment les organes du petit bassin, gênent l'excrétion de l'urine et des matières fécales et peuvent être une cause de dystocie.

4° Le diagnostic de ces tumeurs est difficile et ne peut souvent être fait que par la ponction. L'appari-

tion d'une poussée d'urticaire après un traumatisme de l'abdomen chez une malade atteinte d'une tumeur de la région latéro utérine est un signe de grande valeur qui pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Le pronostic est toujours grave. La guérison peut être quelquefois la suite de la mort des acéphalocystes ou de leur ouverture spontanée dans le rectum ou le vagin ; cependant cette rupture du kyste est toujours dangereuse, et nous pensons qu'il est préférable de la prévenir par une intervention précoce.

**Vu : Le Doyen
BROUARDEL.**

**Vu :
Le Président de la Thèse,
TILLAUX**

**Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.**

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Basset. — Société anatomique, 1834.
R. Blanchard. — Zoologie médicale.
Briançon. — Du frémissement hydatique (Thèse de Paris, 1878).
Brun. — Thèse de Paris, 1834.
Charcot. — Gazette médicale de Paris, 1852, page 540.
Dubois. Revue médicale, 1838.
Davaine. — Traité des Eutozoaires, p. 410.
Dermigny. — Thèse de Paris, 1894.
Esquirol. — Journal de Médecine de Sédillot, Paris, 1819.
Freund. — Ueber Echinococcen im weiblichen Becken. Vortrag an der Badener Naturforschersammlung. *Centrabl. f. Gynakol.*, 1879, n° 21.
Freund. — Das Bindegewebe im weiblichen Becken und seine pathologischen Veränderungen, mit besonderer Berücksichtigung der Parametritis chronica atrophicans und der Echinococcus Krankheit. *Gynakologische Klinik*. Strassbourg, 1885, p. 203.
Dolbeau. — Gazette des hôpitaux, 1867, p. 278.
Guinard. — Soc. anatomique, 1884.
Lavigne Ste-Suzanne. — Thèse de Bordeaux, 1893.

Porak. — Gazette hebdomadaire de Paris, 1884, p. 137, 157, 174.

Pinard. — Annales de Gynécologie, 1888.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique.

Villard. — Annales de Gynécologie, 1878, p. 101.

